

内視鏡検査により早期診断したアメーバ腸炎の1例

伊藤 公大 白子 順子 高田 淳 宇野 由佳里
手塚 隆一 今井 奨 浮田 雅人 清島 満

高山赤十字病院 内科

抄 録：症例：49歳、男性。2週間以上経過する下痢、腹痛、炎症反応高値で当院紹介受診、CTで上行結腸から横行結腸にかけて著明な浮腫を認め、O-157による細菌性腸炎を疑った。セフトリアキソンによる点滴加療を実施したが症状に改善なく、大腸内視鏡検査を施行したところ、厚い白苔を伴う潰瘍を認め、腸液生鏡検にてアメーバ腸炎と確定診断した。メトロニダゾールを使用したところ症状は著明に改善した。アメーバ腸炎は無症候性の経過や慢性下痢症の経過を辿ることが多く、本症例では明らかな感染の背景は認めなかったが、抗菌薬への反応性に乏しいことから内視鏡検査を実施したことが早期の診断に繋がった。亜急性の経過を辿る難治性の下痢、腹痛、発熱を認める患者では、アメーバ腸炎を鑑別に加え、早期の内視鏡検査が有用であるといえる。

索引用語：アメーバ腸炎、内視鏡検査

A case of amoeba enteritis successfully diagnosed by endoscopic examination

Kodai ITO Junko SHIROKO Jun TAKADA Yukari UNO Ryuichi TEZUKA Susumu IMAI
Masato UKITA Mitsuru SEISHIMA

Japanese Red Cross Takayama Hospital, Department of Internal medicine

Abstract

A 49-year-old male was admitted complaining of diarrhea, stomachache and fever of two weeks' duration. Blood testing showed a high inflammatory reaction and CT revealed serious edema on his ascending to transverse colon. O-157 infection was suspected but treatment with ceftriaxone IV proved ineffective. A colonoscopy was performed, finding numerous ulcers with white thick coats from the rectum to the ascending colon. Microscopic examination of intestinal fluid taken via endoscopy showed trophozoites of amoebas. He was thus diagnosed with amoeba enteritis and oral administration of metronidazole improved his symptoms.

I 緒言

アメーバ腸炎は原虫である*Entamoeba histolytica*の嚢子を含む食物などを経口摂取することによって生じる原虫感染症である。亜急性の経過を示す血性下痢、体重減少、発熱が典型的である。今回われわれは、早期の内視鏡検査により診断しえたアメーバ腸炎の症例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

II 症例

【患者】49歳、男性

【主訴】発熱、下痢、腹痛

【既往歴・併存疾患】2型糖尿病にて経口糖尿病薬とインスリンで加療中

【職業】観光バスの運転手

【食事歴・その他】直近の生肉や貝類・生魚の摂取なし。妻以外との性交歴なし。風俗店などの利用歴なし。

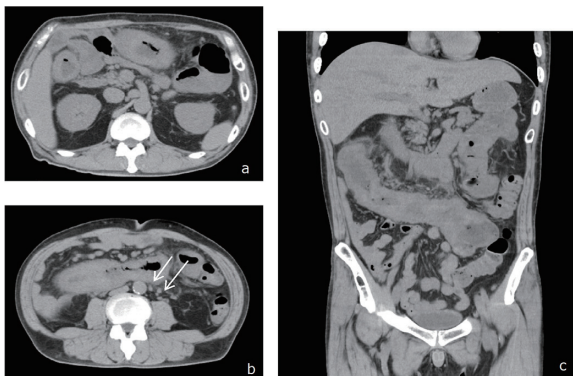
【現病歴】2週間以上持続する頻回の下痢、腹痛、発熱を主訴にかかりつけ医を受診し、ホスホマイシン、整腸剤および止痢薬を処方された。改善を認めなかったため、再度同院を受診し、採血検査にて白血球 $23,300/\mu\text{L}$ 、CRP 20.20mg/dL および Alb 1.4g/dL と高度な炎症反応の上昇と低栄養を認めたため当科紹介受診、入院となった。

【入院時現症】身長 176.6cm 、体重 66.8kg 、脈拍

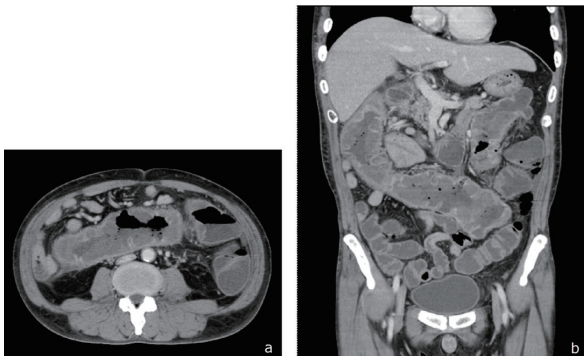
85回/分 整、血圧142/83 mmHg、体温39.6℃、呼吸数24回/分、SpO2 98% (room air)。眼瞼結膜に貧血なし。腹部は平坦、軟で、右側腹部に局限する著明な圧痛あり。腸蠕動音は亢進していた。

【入院時血液検査所見 (Table 1)】CRP17.56mg/dl、白血球21,100/ μ lと高度な炎症反応を認め、総蛋白4.8g/dl、血清アルブミン1.7g/dlと低蛋白血症を認めた。HbA1cは9.9%と糖尿病コントロール不良であった。

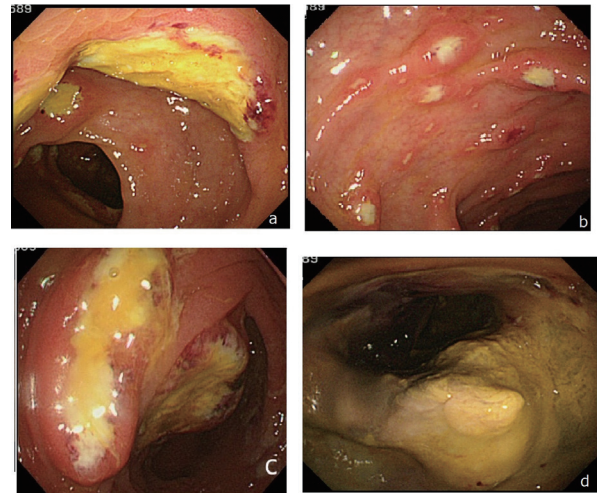
【生化学】			RBC	423 $\times 10^4$ / μ L
T-Bil	0.3	mg/dL	Hb	11.7 g/dL
TP	4.8	g/dL	PLT	37.4 $\times 10^4$ / μ L
Alb	1.7	g/dL	【凝固】	
ALP	301	IU/L	PT-INR	1.08 %
AST	10	IU/L	FDP	6.7 mg/dL
ALT	11	IU/L	D-dimer	3.2 mg/dL
Na	131	mEq/L	【感染症】	
K	3.3	mEq/L	RPR	(-)
Cl	103	mEq/L	TPHA	(-)
BUN	18.5	mg/dL	HBsAg	(-)
Cre	0.88	mg/dL	HCVAb	(-)
CRP	17.56	mg/dL	CMV10,11	(-)
血糖	444	mg/dL	HIV	(-)
HbA1c	9.5	%	T-spot	(-)
【血算】			【免疫】	
WBC	21100	/ μ L	PCT	0.7 mg/dL
baso	0.1	%	ANA	<40 倍
eosino	0.5	%	【便培養】	
neut	83.5	%	Enterobacteriaceae	(+)
mono	9	%		
lymph	6.9	%		



(Figure 1) 入院時単純 CT 検査 大腸全体に腸管浮腫を認め、特に上行結腸から横行結腸にかけては浮腫の程度が重度であり、不整な壁肥厚を伴う。結腸周囲のリンパ節腫大を認める (矢印)。



(Figure 2) 造影 CT 検査 (第3病日) 腸管壁の血流は保たれていた。



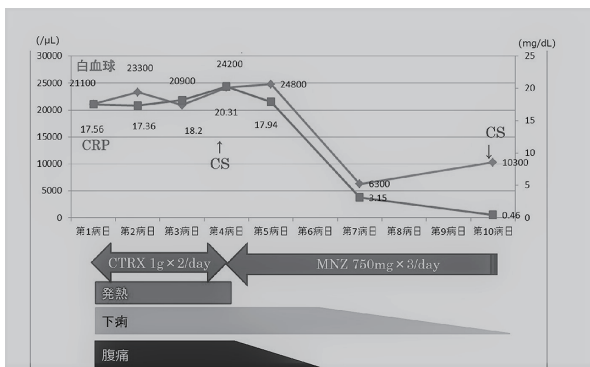
(Figure 3) 下部消化管内視鏡検査 (第4病日)

a: 直腸 b: S 状結腸 c: 下行結腸 d: 横行結腸

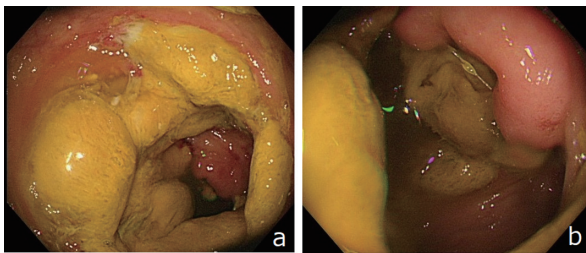
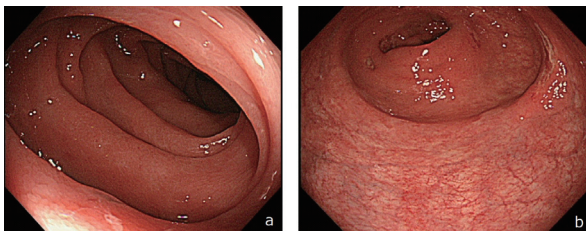
下部直腸に厚い白苔を伴う多数の潰瘍を認め、横行結腸にかけて連続していた。

【腹部単純CT (Fig.1)】大腸全体に腸管浮腫を認め、特に上行結腸から横行結腸にかけては浮腫の程度が重度で、整な壁肥厚も伴っていた。腸間膜リンパ節腫大も散見された。

【入院後経過】検査結果から病原性大腸菌O-157などの重症細菌性腸炎が疑われたため、絶食補液およびセフトリアキソンによる治療を開始したが奏効しなかった。第3病日に施行した造影CT検査では腸管壁の血流は保たれており、虚血性変化は認められなかった(Fig.2)。診断目的に第4病日に下部消化管内視鏡検査を施行したところ、厚い白苔の付着した隆起を伴う潰瘍が直腸から散在していた(Fig.3)。潰瘍所見は深部結腸ほど強く、横行結腸底部から口側は全周性の潰瘍で粘膜は暗赤色調を呈していた。穿孔のリスクを考慮し、それ以上は挿入しなかった。横行結腸底部の潰瘍周囲から組織生検および腸液採取を行い、腸液生鏡検でアメーバの栄養体を認めたため、アメーバ腸炎と確定診断した。同日よりメトロニダゾール内服を開始したところ、翌日には解熱し、腹部症状も著明に改善した。脳単純CTも追加で施行し、前述の造影CTと合わせて腸管外アメーバ症を疑わせる肝膿瘍や脳膿瘍の所見は確認されなかった。メトロニダゾール内服継続にて順調に症状・炎症反応ともに軽快し(Fig.4)、第10病日に下部消化管検査を再検した。前回観察しなかった回盲部まで観察し、盲腸から横行結腸に厚い白苔を伴う潰瘍を認め(Fig.5)、介在粘膜は正常であることを確認し



(Figure 4) 入院後経過

(Figure 5) 下部消化管検査 (第10病日)
盲腸から横行結腸にかけて厚い白苔を伴う潰瘍を認めた。(Figure 6) 下部消化管検査 (第40病日)
直腸の潰瘍は癒痕・肉芽形成していた。

た。その後、全身状態も改善したため第13病日に退院となった。腸管内シスト根絶目的にパロモマイシンの10日間の内服を施行し外来で経過観察とし、第40病日に下部消化管内視鏡検査を再検した。多発する潰瘍に白苔は認めず、癒痕・肉芽形成していた (Fig.6)。採取した組織・腸液のいずれからもアメーバ原虫は認められなかった。

Ⅲ 考察

アメーバ腸炎は赤痢アメーバ (*Entamoeba histolytica*) の嚢子を経口摂取することによって生じる原虫感染症である。統計的には世界中で3,400万から5,000万人が年に感染し、うち10万人が死亡するとされる。発展途上国における小児の下痢症の原因となり、先進国では男性同性愛者の感染症や旅行者下痢症として報告されている¹⁾。

本邦では感染症法で5類全数把握疾患となっており、診断後7日以内の報告が義務付けられている。国立感染症研究所によれば本邦では年々増加傾向となっている。

感染経路としては同性愛嗜好、不特定多数の性交渉歴、海外渡航が言われているが、本症例ではいずれも該当せず、アメーバの感染経路は不明であった。

本疾患は1-3週間の亜急性の発症を示すことが多く、軽症下痢から重症赤痢と幅広い症状を示す。多くは下痢 (94-100%)、血性下痢 (94-100%)、体重減少 (50%)、発熱 (38%) などが報告されているが、一方で临床上は大多数の腸管アメーバ症が無症候性で、発症するのは5~10%である²⁾。栄養型が血行性に肝臓、肺、脳、皮膚などに転移すると、膿瘍を形成し、重篤な症状を呈する (腸管外アメーバ症)。診断には便汁や粘血便の直接鏡検、内視鏡下生検での栄養体の確認、血清赤痢アメーバ特異抗体の検出、便汁のPCRなどが利用される。ただし抗体検査については、既往者の体内に抗体が数年間残存するという背景もあり、血清陽性率の高い地域においては既往と活動性感染は区別が困難である点に注意が必要であり³⁾、現在検査試薬製造中止に伴い検査自体が本邦では行われなくなった。本症の好発部位は盲腸や直腸とされており、特に9割以上の症例が直腸を観察することによって診断が可能であったという報告もある。

内視鏡所見における特徴として、タコイボ所見と周囲に紅暈を有する潰瘍またはびらんが典型的である。この潰瘍やびらはしつこく張り付いた厚い白苔を伴うことが多く、巣状分布することが知られている⁴⁾。本症の鑑別診断として重要なものに炎症性腸疾患が挙げられ、特に直腸病変のものは潰瘍性大腸炎と誤診される例がある。国崎らは、IBDと診断され受診した1200例のうち、12例 (1%) がアメーバ腸炎であったと報告している⁵⁾。介在粘膜が正常であるか否かが潰瘍性大腸炎との鑑別に有用となり⁶⁾、正常であればアメーバ腸炎が疑われる。

本症は時に劇症化することがあり、消化管穿孔、腹膜炎、敗血症および中毒性巨大結腸症などを伴うものとして定義されることが多い。劇症化

のリスクファクターには若年者、妊娠、ステロイド治療中の患者、悪性疾患、栄養不良、糖尿病、アルコール中毒などが知られており^{7) 8)}、本症例は劇症化までは至ってはいなかったが症状としては重篤であり、原因としてコントロール不良な糖尿病が該当するものと考えられた。

治療に関してはメトロニダゾール1～2gを分3または分4で7～10日間投与することが一般的であり、その後腸管内シスト根絶目的にパロモマイシン1500mg分3を10日間実施することが推奨されている。本症例も内視鏡的にアメーバ性腸炎と診断したのち、メトロニダゾールにて症状は著明に改善し、さらにパロモマイシンも追加している。

本症例では来院当初より重症な腸炎を認めたため、むしろ病原性大腸菌O-157などの重症細菌性腸炎を考慮した抗生剤治療を行ったが奏効せず、早期の内視鏡検査を施行したことがアメーバの診断に繋がった。難治性の下痢、腹痛、発熱を認める場合にはアメーバ腸炎を鑑別に考え、早期の内視鏡検査が必要と思われた。

IV 結 語

内視鏡検査により早期診断したアメーバ腸炎の症例を経験した。亜急性の経過を辿る難治性の下痢、腹痛、発熱を認める患者では、アメーバ腸炎を鑑別に加え、早期の内視鏡検査が必要である。

V 参考文献

- 1) Rashidul H, Dinesh M, *et al.* :Entamoeba histolytica infection in children and protection from subsequent amebiasis. Infect Immun Feb 74: 904-909, 2006
- 2) Reed SL : Amebiasis : an update. Clin Infect Dis 14: 385-393, 1992
- 3) Rashidul H, Christopher D. H, *et al.* :Amebiasis. N Engl J Med 348:1565-1573, 2003
- 4) 大川清孝、上田渉、他：慢性感染性腸炎の内視鏡診断、日本消化器内視鏡学会雑誌 52：221-229、2010
- 5) 国崎玲子：炎症性腸疾患との鑑別を要した感染性腸炎症例の検討、消化器科 47：252-257、2008
- 6) 檜田博史、米田頼晃、他：内視鏡所見からみた腸炎の鑑別診断、消化器内視鏡、29(1)：20-30、2017
- 7) Stanley SL Jr : Amoebiasis. Lancet 361：1025-1034, 2003
- 8) Fátima OC, Luis ESA, *et. al.* : Amoebic toxic colitis : analysis of factors related to mortality. Pathog Glob Health 106: 245-248, 2012.